Our Dermatology Online

Case Report

Merkel cell carcinoma: a case report

Fatimata Keita[1,2,3], Mamadou Diouldé Kanté[1,2], Mariame Touré[1,2], Moussa Savané[1,2], Fatoumata Biro Diallo[1,2], Boh Fanta Diané[1,2], Mohamed Maciré Soumah[1,2], Mohamed Cissé[1,2]

[1]Service de Dermatologie Hôpital National Donka de Conakry, Guinea, [2]Faculté des Sciences et Techniques de Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinea, [3]Service de Dermatologie, CHU de Cayenne, French Guiana

Corresponding author: Fatimata Keita, MD, E-mail: fatimatakeita@yahoo.fr

ABSTRACT

Merkel cell carcinoma (MCC) is a rare and highly aggressive primary cutaneous carcinoma, typically presenting as a rapidly growing erythematous to violaceous cutaneous nodule. It is a rare and underrecognized tumor, sometimes causing diagnostic delays. Management is multidisciplinary; we report a case of MCC treated solely by surgery.

Key words: Merkel cells, Carcinoma, Cayenne

How to cite this article: Keita F, Kanté MD, Touré M, Savané M, Diallo FB, Diané BF, Soumah MM, Cissé M. Merkel cell carcinoma: a case report. Our Dermatol Online. 2026;17(Supp. 1):23-27.

Submission: 19.11.2025; **Acceptance:** 17.04.2026

DOI: 10.7241/ourd.2026S1.4

© Our Dermatol Online Supp. 1. 2026

Case Report

Carcinome à cellules de Merkel: À propos d'un cas

Fatimata Keita[1,2,3], Mamadou Diouldé Kanté[1,2], Mariame Touré[1,2], Moussa Savané[1,2], Fatoumata Biro Diallo[1,2], Boh Fanta Diané[1,2], Mohamed Maciré Soumah[1,2], Mohamed Cissé[1,2]

[1]Service de Dermatologie Hôpital National Donka de Conakry, Guinea, [2]Faculté des Sciences et Techniques de Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinea, [3]Service de Dermatologie, CHU de Cayenne, French Guiana

Corresponding author: Fatimata Keita, MD, E-mail: fatimatakeita@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le carcinome à cellules de Merkel (CCM) est un carcinome cutané primitif rare et très agressif, qui se présente généralement sous forme d'un nodule cutané érythémateux à violacé à croissance rapide. C'est une tumeur rare et méconnue, qui cause parfois des retards diagnostiques. La prise en charge est multidisciplinaire, nous rapportons un cas de CCM dont la prise en charge est faite uniquement par la chirurgie.

Mots-clés: Cellules de Merkel, Carcinome, Cayenne

INTRODUCTION

Le carcinome à cellules de Merkel (MCC) est un cancer neuroendocrinien de la peau à fort potentiel métastatique, avec un tiers à la moitié des patients développant une récidive ou des métastases. Depuis sa première description par Toker en 1972 [1], l'incidence observée du MCC a augmenté rapidement et cette tendance s'est maintenue jusqu'au nouveau millénaire [2,3].

Dans l'ensemble, le taux d'incidence le plus élevé a été enregistré en Australie, avec 1,6 cas/100 000 [4]. Les MCC diagnostiqués à un stade précoce ont de meilleurs résultats, et une forte densité de dermatologues a été associée à une meilleure survie spécifique au MCC, ce qui suggère que la familiarité du prestataire avec le MCC pourrait avoir un effet positif sur les résultats des patients [5].

Bien qu'il soit rare par rapport à d'autres formes de cancer de la peau (y compris le mélanome), l'importance du MCC réside dans le fait que son incidence a augmenté au cours des deux dernières décennies et qu'il s'agit d'une tumeur agressive avec un taux global de mortalité, de récidive et de métastases qui dépasse celui du mélanome [6]. Le CCM est plus fréquent sur la peau exposée au soleil des patients âgés, en particulier au niveau de la tête et du cou, et on observe une prédilection pour les patients caucasiens, avec une légère prédominance masculine [7].

La présentation clinique est typiquement un nodule indolore, solide, à croissance rapide et ferme, de couleur rouge ou violacée. Sa surface peut être ulcérée ou non, recouverte de croûtes ou entourée de télangiectasies. Le diamètre au moment du diagnostic varie généralement de 1 à 2 cm [8], mais peut facilement dépasser 2 cm en raison de son évolution rapide. Le CCM apparaît fréquemment sur les zones exposées aux UV (tête et cou, membres, bras), mais il est important de ne pas exclure sa possible réapparition sur des zones non exposées [9].

OBSERVATION

Nous rapportons un cas de sarcome de CCM chez une patiente de 86 ans qui nous a été adressée dans le service de dermatologie du centre hospitalier de Cayenne par son médecin traitant pour une tuméfaction importante de l'articulation interphalangienne proximale du

How to cite this article: Keita F, Kanté MD, Touré M, Savané M, Diallo FB, Diané BF, Soumah MM, Cissé M. Carcinome à cellules de Merkel: À propos d'un cas. Our Dermatol Online. 2026;17(Supp. 1):23-27.

Submission: 19.11.2025; **Acceptance:** 17.04.2026
DOI: 10.7241/ourd.2026S1.4

5eme doigt de la main droite, d'évolution rapide, sans guérison spontanée, associée à une asthénie physique et une perte de poids non quantifiée. Elle présentait comme antécédents médicochirurgicaux: des troubles cognitifs non étiquetés, un pacemaker pour maladie de l'oreillette, une bipolarité traitée, un syndrome d'apnée hypopnée du sommeil non appareillé, une prothèse bilatérale de l'épaule droite une fracture humérale droite ankylosée, une prothèse bilatérale de la hanche.

Ses antécédents gynéco-obstétricaux: gestité 2, parité 2, ménopausée depuis la cinquantaine pas de ménométrorragie. Elle n'a pas d'allergie connue.

Elle avait pour traitement habituel: Eliquis, Bisoprolol, Lasilix, Depamide, Paroxetine, L-Thyroxine, Allopurinol, Circadin LP.

A L'EXAMEN CLINIQUE

Examen dermatologique: patiente de phototype II, qui présentait sur le plan cutané une tuméfaction importante de l'articulation interphalangienne proximale du 5eme doigt de la main droite recouverte par un placard inflammatoire induré, douloureux et hémorragique au toucher, surmonté d'une zone ulcéreuse recouverte de fibrine (Figs 1a et 1b). L'induration remontait jusqu'au poignet, associée à une xérose cutanée et à une dermatoporose avancée. La cavité buccale était saine, la langue légèrement framboisée. Les aires ganglionnaires étaient libres. Il n'y avait pas de déficit sensitivomoteur localement. Le reste de l'examen clinique complet était normal. Une biopsie cutanée de la lésion a été réalisée. La patiente a été mise sous une antibiothérapie d'une durée de 7 jours associée à des antalgiques de pallier II, et un pansement quotidien à domicile par une infirmière d'état. Le résultat anatomo-pathologique a retrouvé: une prolifération tumorale dermique peu différenciée à cellules rondes exprimant en immunohistochimie la Cytokératine 20 et les marqueurs neuroendocrines (Chromogranine A et Synaptophysine) (Figs 2a – 2d). Un profil compatible à un carcinome neuroendocrine cutané primitif appelé également carcinome à cellules de Merkel. Devant le résultat anatomopathologique, la patiente a été convoquée dans le service où l'annonce lui a été faite. Et son hospitalisation dans le service fut programmée pour un bilan d'extension et une prise en charge.

Figure 1: (a and b) Tuméfaction recouverte par un placard inflammatoire induré, douloureux et hémorragique.

Au cours de son hospitalisation: des explorations paracliniques de biologie et d'imagerie ont été effectuées.

A la biologie: il n'y avait pas de trouble ionique, pas d'anomalie de l'hémogramme exceptée pour une anémie normocytaire à 11.7g/dl, une CRP à 13.1mg/l, la fonction rénale normale avec avec créatininémie à 79µmol/l, un bilan hépatique complet normal, une TSH sérique à 6.27 mUI/L avec un taux de T3-L sérique abaissé, ayant motivé la programmation d'un recontrôle à distance de l'hospitalisation et de l'injection d'iode IV.

La TDM TAP avec injection d'iode IV, pour bilan d'extension, retrouvait une masse tissulaire des parties molles dorsales de la main droite, sans lésion secondaire décelée et un fécalome rectal sans distension digestive en amont. L'échographie ganglionnaire, concluait à l'absence d'adénomégalie sub-claviculaire ou axillaire droite, et des chaînes cervicales.

L'échographie trans-thoracique (ETT) de contrôle retrouvait une cinétique cardiaque segmentaire et globale normale et une FEVG 57 %, une fonction systolo-diastolique conservée, sans processus métastatique.

Programmation d'une vérification de pacemaker en post-chirurgical, par le rythmologue,

Sur le plan nutritionnel, elle présentait une dénutrition modérée qui a été supplémentée par Fortimel et Protifar à continuer au décours de l'hospitalisation.

Elle a été présentée en réunion de concertation multidisciplinaire d'onco-dermatologie avec décision d'une prise en charge chirurgicale exclusive par une amputation en urgence du 5eme +/-4ème rayon avec une marge de 2 à 3cm, sans radiothérapie ni

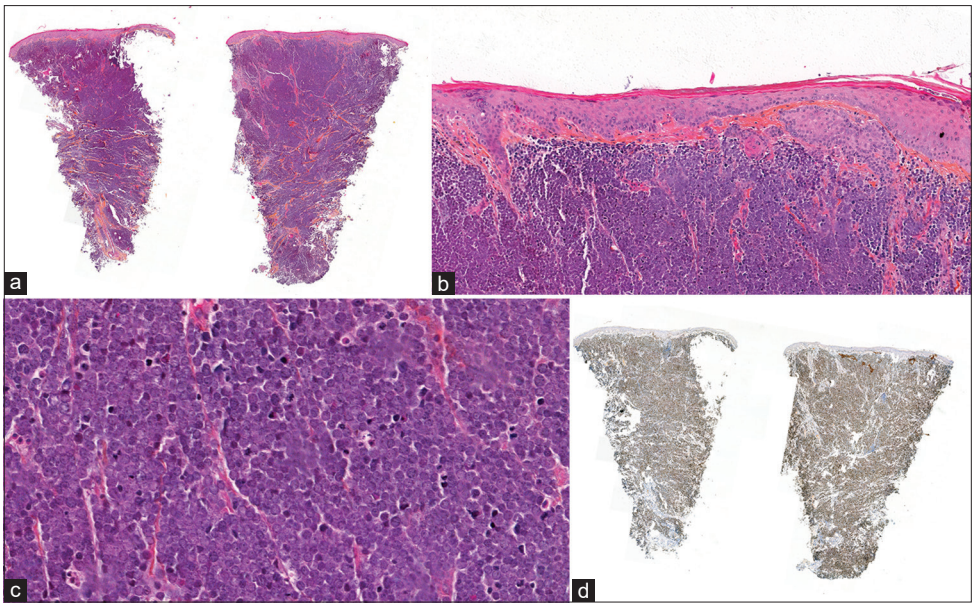

Figure 2: (a and b) Prolifération tumorale dermique peu différenciée à cellules rondes exprimant en immunohistochimie la Cytokératine 20 et les marqueurs neuroendocrines.

d'immunothérapie ou chimiothérapie adjuvante, au vu de l'état global de la patiente.

Une amputation trans-radio-ulnaire a donc été réalisée par les chirurgiens orthopédistes après arrêt des anticoagulants, et une visite pré-anesthésie. Les suites post-opératoires sont simples.

La patiente a été mise sous antalgique pallier III et gardée quelques jours en observation dans le service de dermatologie avec suivi par la suite en consultation externe de dermatologie.

A ce stade de 4 mois post-chirurgical, il est assez tôt d'écarter une récidive tumorale.

DISCUSSION

Le CCM est un cancer cutané agressif associé au polyomavirus à cellules de Merkel et à l'exposition au soleil. Son incidence a augmenté au cours des dernières décennies.

Le CCM touche particulièrement les personnes âgées; la relation entre le CCM et l'âge est beaucoup plus prononcée que celle du mélanome ou des tumeurs solides. Cette relation est observée malgré le fait que l'infection par le polyomavirus à cellules de Merkel survient souvent avant l'âge adulte [10-13].

La chirurgie est généralement considérée comme la première approche, en particulier chez les patients atteints d'une maladie locale ou régionale [14-16]. Les marges de résection du CCM primaire ne sont pas bien définies. Les lignes directrices recommandent des marges de 1 à 2 cm dans le but d'éliminer les métastases satellites microscopiques [15].

Actuellement, le traitement de référence pour cette tumeur est l'immunothérapie par avelumab (anti-PD-L1), approuvé par la FDA et l'EMA, ainsi que par le pembrolizumab et le nivolumab, approuvés uniquement par la FDA pour la même indication. Le pembrolizumab de première intention dans le CCM localement avancé et métastatique a atteint une survie globale médiane non atteinte lors d'un suivi médian de 31,8 mois et une survie globale à 3 ans de 59,4 % [17], tandis que l'avélumab de première intention dans le CCM métastatique a montré une survie globale médiane de 20,2 mois [18]. Chez les patients prétraités progressant vers la chimiothérapie, l'avélumab a montré une survie globale médiane de 12,6 mois et une survie globale à 4 ans de 31 % [19].

Chez notre patiente, les explorations faites n'ont pas retrouvé de ganglions métastatiques. La prise en charge a été uniquement chirurgicale après la décision de la RCP, au vu de l'âge de la patiente. Les suites opératoires ont été simples, aucune complication n'a été décelée au cours de son hospitalisation. Elle est sortie à J

4 post -opératoire avec des suivis en consultation dermatologique.

CONCLUSION

Le CCM est une tumeur cutanée maligne rare. Son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, histologiques et immunohistochimiques. C'est une tumeur agressive, dont le pronostic est réservé et dont le schéma thérapeutique optimal reste toujours à définir en raison de l'absence d'études prospectives. Une approche thérapeutique générale peut être proposée.

Consent

The examination of the patient was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki.

The authors certify that they have obtained all appropriate patient consent forms, in which the patients gave their consent for images and other clinical information to be included in the journal. The patients understand that their names and initials will not be published and due effort will be made to conceal their identity, but that anonymity cannot be guaranteed.

REFERENCES

1. Toker C. Carcinome trabéculaire de la peau. Arch Dermatol. 1972:105:107–10.
2. Agelli M, Clegg LX. Épidémiologie du carcinome primitif à cellules de Merkel aux États-Unis. J Am Acad Dermatol. 2003:49:832–41.
3. Hodgson NC. Carcinome à cellules de Merkel: évolution des tendances d'incidence. J Surg Oncol. 2005:89:1–4.
4. Youlden DR, Soyer HP, Youl PH, Fritschi L, Baade PD. Incidence et survie du carcinome à cellules de Merkel dans le Queensland, Australie, 1993-2010. JAMA Dermatol. 2014:150:864–72.
5. Criscito MC, Martires KJ, Stein JA. Une étude de cohorte basée sur la population sur l'association entre la densité dermatologique et la survie du carcinome à cellules de Merkel. J Am Acad Dermatol. 2017:76:570–2.
6. Muñoz IP, Masferrer JP, Vegas JO, Montalvo MSM, Dàaz RJ, Casa AMP. Carcinome à cellules de Merkel de 2008 à 2012: une nouvelle compréhension. Cancer Treat Rev. 2013:39:421–9.
7. Nicolaidou E, Mikrova A, Antoniou C, Katsambas AD. Progrès dans la pathogenèse et la prise en charge du carcinome à cellules de Merkel: un virus récemment découvert, un nouveau système de classification consensuel international et de nouveaux codes diagnostiques. Br J Dermatol. 2012:166:16–21.
8. Heath M, Jaimes N, Lemos B, Mostaghimi A, Wang LC, Peñas PF, et al. Caractéristiques cliniques du carcinome à cellules de Merkel au moment du diagnostic chez 195 patients: caractéristiques de l'AEIOU. J Am Acad Dermatol. 2008:58:375–81.
9. Harms KL, Healy MA, Nghiem P, Sober AJ, Johnson TM, Bichakjian CK, et al. L'analyse des facteurs pronostiques de 9 387 cas de carcinome à cellules de Merkel constitue la base de la nouvelle 8e édition du système de stadification de l'AJCC. Ann Surg Oncol. 2016:23:3564–71.
10. Carter JJ, Paulson KG, Wipf GC, et al. Association of Merkel cell polyomavirus-specific antibodies with Merkel cell carcinoma. J Natl Cancer Inst. 2009:101:1510-22.
11. Kean JM, Rao S, Wang M, Garcea RL. Seroepidemiology of human polyomaviruses. PLOS Pathogens. 2009:1371:000363.
12. Tolstov YL, Pastrana DV, Feng H, Becker JC, Jenkins FJ, Moschos S, et al. Human Merkel cell polyomavirus infection II. MCV is a common human infection that can be detected by conforma tional capsid epitope immunoassays. Int J Cancer. 2009:125:1250-6.
13. Chen T, Hedman L, Mattila PS, Jartti T, Ruuskanen O, Söderlund-Venermo M, et al. Serological evidence of Merkel cell polyomavirus primary infections in childhood. J Clin Virol. 2011:50:125-9.
14. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Blitzblau R, et al. Carcinome à cellules de Merkel, version 1.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2018:16:742–74.
15. Lebbe C, Becker JC, Grob JJ, Malvehy J, Del Marmol V, Pehamberger H, et al. Diagnostic et traitement du carcinome à cellules de Merkel. Recommandations interdisciplinaires européennes fondées sur le consensus. Eur J Cancer. 2015:51:2396–403.
16. NCCN Carcinome à cellules de Merkel Version 1.2021 - Lignes directrices de pratique clinique en oncologie. NCCN.
17. Nghiem P, Bhatia S, Lipson EJ, Sharfman WH, Kudchadkar RR, Brohl AS, et al. Survie à trois ans, corrélats et traitements de rattrapage chez les patients recevant du pembrolizumab en première intention pour un carcinome à cellules de Merkel avancé. J Immunother Cancer. 2021:4:002478.
18. D'Angelo SP, Lebbé C, Mortier L, et al. Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, États-Unis Traitement de première intention par Avelumab chez les patients atteints d'un carcinome métastatique à cellules de Merkel: analyse principale après ≥ 15 mois de suivi de l'essai JAVELIN Merkel 200, un essai d'enregistrement de phase 2.
19. D'Angelo SP, Bhatia S, Brohl AS, Hamid O, Mehnert JM, Terheyden P, et al. Avelumab chez les patients atteints d'un carcinome métastatique à cellules de Merkel précédemment traité: données à long terme et analyses de biomarqueurs de l'essai de phase 2 JAVELIN Merkel 200 à un seul bras. J Immunother Cancer. 2020:8:000674.

Copyright by Fatimata Keita, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: This article has no funding source.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.